ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Leber/Galle

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

☐ Gallensteine ☐ Entzündung
☐ Hepatitis ☐ Fettleber
☐ Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf?

☐ Koliken ☐ Übelkeit
☐ Fieber ☐ Gelbverfärbung der Haut
☐ Abgeschlagenheit ☐ Sonstiges

3. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

☐ Infektion der Galle/Leber ☐ Ernährung
☐ Genussgifte (z.B. Alkohol) ☐ Medikamente
☐ Sonstiges: _____

4. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____
☐ Medikation (Medikament, Tagesdosis): _____
☐ Untersuchungen (Art der Untersuchung z.B. Ultraschall Ergebnis: _____
☐ Heilmittelanwendung (Art des Heilmittels z.B. Stoßwellentherapie, Anwendungshäuftigkeit: _____
☐ Sonstiges: _____

5. Zeitpunkt und Ergebnis der letzten Laboruntersuchung?

Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)
GOT _____/UL
GPT _____/UL MCV _____/fl
Gamma GT _____/UL
Alkalische Phosphatase AP _____UL

6. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein ☐ ja Bitte nähere Angaben: _____

7. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum der OP: _____ Art: _____
☐ OP angeraten _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

8. Wurden Steine

☐ medikamentös aufgelöst? Datum: _____
☐ durch Stoßwellen zertrümmert? Datum: _____

9. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein
☐ ja, von: _____ bis: _____

10. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

11. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre